

ROSELI DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES QUE
FORAM A ÓBITO POR SIDA NO HOSPITAL NEREU
RAMOS, EM FLORIANÓPOLIS, NOS ANOS 2001/2002**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2003**

ROSELI DOS SANTOS

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES QUE
FORAM A ÓBITO POR SIDA NO HOSPITAL NEREU
RAMOS, EM FLORIANÓPOLIS, NOS ANOS DE 2001/2002**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso
Professor: Dr. Osvaldo Vitorino Oliveira**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2003**

Santos, Roseli dos.

Perfil epidemiológico dos pacientes que foram a óbito por SIDA no Hospital Nereu Ramos, em Florianópolis, nos anos de 2001/2002. / Roseli dos Santos. - Florianópolis, 2003

26p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Universidade Federal de Santa Catarina - Curso de Graduação em Medicina.

1. SIDA. 2. Epidemiologia. I. Perfil epidemiológico dos pacientes que foram a óbito por SIDA no Hospital Nereu Ramos, em Florianópolis, nos anos 2001/2002

AGRADECIMENTOS

À minha família, em especial aos meus pais, Odil e Cristina, pelo apoio e por tudo que representam na minha vida.

Ao Dr. Osvaldo Vitorino Oliveira pela orientação, paciência e dedicação a este trabalho e a sua esposa Márcia pela cordialidade com que me recebeu.

Aos funcionários do SAME (Hospital Nereu Ramos), Cícero e Gertrudes, pela ajuda durante a coleta de dados.

A Maurício Godoy e Rosélia Gonçalves pelo apoio e sugestões durante a realização deste trabalho.

Aos meus amigos, em especial, a Patrícia Baretta, Carla Feix, Denise Caon, Giovana B. Soares, Masumi Kaway, Ligia Gama e Cristiane Eyng pela amizade sincera, pelo ombro amigo e o sorriso acolhedor nos momentos difíceis.

E a todos os demais amigos e colegas que de alguma maneira me auxiliaram na realização deste trabalho.

SUMÁRIO

RESUMOiv

SUMMARY v

1 INTRODUÇÃO 1

2 OBJETIVOS.....4

2.1 Objetivo principal 4

2.2 Objetivos específicos..... 4

3 MÉTODO5

3.1 Delineamento do estudo..... 5

3.2 População de estudo 5

3.3 Coleta de dados 5

3.4 Análise dos dados 6

4 RESULTADOS.....7

5 DISCUSSÃO17

6 CONCLUSÕES22

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS23

RESUMO

Neste trabalho procuramos conhecer o perfil dos pacientes que foram a óbito por SIDA, no Hospital Nereu Ramos (HNR), nos anos de 2001/2002. O trabalho foi descritivo, retrospectivo e transversal, realizado no HNR. Foram verificados: as variáveis epidemiológicas (sexo, idade, race, escolaridade, categoria de exposição ao HIV); os Critérios de Definição de Caso de SIDA; as causas associadas de morte; diagnóstico da infecção pelo HIV no momento da internação e contagem de células CD₄. O perfil revelou um predomínio de homens brancos, com uma razão de masculinidade de 3,2/1, solteiros, entre 30 a 39 anos de idade, com até 7 anos de estudo, usuário de drogas injetáveis, com contagem de CD₄ inferior a 100 células/mm³. A principal causa associada de morte foi a tuberculose pulmonar. Observou-se que 98,1% dos óbitos preencheram os Critérios de Definição de Caso de SIDA e 21,1% dos pacientes tiveram diagnóstico da SIDA/HIV na internação.

SUMMARY

In was carried out a study about the AIDS mortality profile of patients in the Nereu Ramos Hospital (NRH), in 2001 and 2002. It was descriptive, retrospective and transversal study. The following epidemiologic variables were verified: gender, age, race, years of study, HIV exposition category; the AIDS case definition criteria, the death associated causes; diagnosis of HIV infection at the interment moment and CD4 cells count. It was observed a predominance of white men, with ratio 3.2/1 for males, single, 30-39 years old, with up to 7 years of study, injecting drug user, with CD4 count less than 100 cells/mm³. It was the pulmonary tuberculosis the main death associated cause for AIDS. It was observed that 98.1% of the deaths had completed the AIDS case definition criteria and 21.1% of the patients had diagnosis of the AIDS/HIV at the first interment.

1 INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência humana adquirida (SIDA) é uma manifestação clínica avançada da infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV-1 e HIV-2).¹ Essa infecção leva a uma imunossupressão progressiva, especialmente da imunidade celular e a uma desregulação imunitária, resultando então em infecções oportunistas, neoplasias e/ou manifestações clínicas que são condições definidoras de SIDA, quando em presença do HIV.^{1,2} Foi observada pela primeira vez no final da década de setenta e início da de oitenta, no Zaire (1976-77), no Haiti (1978-79) e nos EUA (1978-79).^{2,3} Em 1981 Gottlieb e col,³ descreveram-na em cinco homossexuais do sexo masculino com pneumonia por *Pneumocystis carinii*.

A transmissão do vírus, no mundo, acontece de várias maneiras: 70 a 80% através do intercuro sexual; 5 a 10% por meio do compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas pelos usuários de drogas injetáveis e também com 5 a 10% está a transmissão perinatal. Há ainda a transfusão sanguínea com taxas de 3 a 5% e os acidentes com materiais perfuro cortantes com taxas menores que 0,01%.⁴

A epidemia do HIV/SIDA não é uniforme, pois adquire características próprias em cada região e o modo de transmissão que prevalece dá os aspectos da epidemia local.⁵ A infecção pelo HIV e a SIDA representam um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo.⁶

Na África Subsahariana, estima-se que o número de crianças e adultos vivendo com HIV/SIDA aproxima-se de 29,4 milhões, com uma taxa de prevalência em adultos de 8,8%, a mais alta taxa do mundo, sendo que 58% das pessoas infectadas são do sexo feminino e a principal modalidade de transmissão é a heterossexual. Entretanto, na América do Norte, aproximadamente 980.000 pessoas convivem com HIV/SIDA, desse número 20% são do sexo feminino, o que corresponde a menor proporção de mulheres infectadas em todas as Américas. Já nos países da América Latina o número estimado de pessoas convivendo com HIV/SIDA é de

1,5 milhões, sendo que 30% dos infectados são do sexo feminino e as principais modalidades de transmissão são as relações homossexuais/heterossexuais e as drogas injetáveis. Na Argentina estima-se que 40% dos novos infectados adquiriram o HIV por meio do consumo de drogas intravenosas.⁷

No Brasil, o total de óbitos encontrados que tinham como causa básica a SIDA, desde 1980, foi de 101.374, sendo 26.059 do sexo feminino e 75.315 do sexo masculino. Para o ano de 1990, foram registrados 5.472 óbitos, que representavam um coeficiente de mortalidade de 3,73 por 100.000 habitantes. Esse coeficiente de mortalidade apresentou tendência crescente até o ano de 1995, quando atingiu o valor de 9,79 óbitos por 100.000 habitantes. Essa tendência reverteu-se a partir desse ano (1995), e, nos dois períodos subseqüentes, foi obtido uma redução no coeficiente de mortalidade por SIDA em suas unidades federadas. Em 1996, este coeficiente foi de 8,34, e em 1997, foi de 7,26 por 100.000 habitantes, excluídos os estados sem registro de óbito ⁵.

Como já foi ressaltado anteriormente, essa epidemia não é uniforme e sendo assim cada região do Brasil apresenta características próprias, constituindo um verdadeiro mosaico de sub-epidemias.⁸⁻¹⁰ A região Sudeste apresentou um declínio na incidência da mortalidade por SIDA, indo ao encontro das mudanças no perfil da síndrome HIV/SIDA observada em estudos recentes.¹⁰⁻¹³ Esse declínio na incidência da mortalidade por SIDA observada na região Sudeste não é verificada nas regiões Sul e Nordeste, pois nessas regiões observa-se um crescimento na incidência da mortalidade por SIDA.¹⁰⁻¹³

Em Santa Catarina, a epidemia da SIDA teve início em 1984, na região oeste do Estado, em um profissional da área de saúde, em Chapecó. Hoje o Estado apresenta uma das mais elevadas taxas de incidência anual de casos da doença e possui a maior taxa de incidência acumulada de casos na região Sul.^{6,13} Atualmente a SIDA se distribui por todo o Estado, tendo sido registrado casos da doença em todas as 18 microrregiões de Santa Catarina, representando quase 2% do total geral de óbitos, com um coeficiente de mortalidade de 8,2 por 100.000 habitantes (12,0 para o sexo masculino e 4,4 para o sexo feminino). Os maiores coeficientes de mortalidade em consequência da SIDA estão nas Regionais de Itajaí e Florianópolis (20,9 e 15,5) e os menores, no oeste catarinense.¹⁴

Em virtude das diferenças entre a tendência nacional de redução na incidência da mortalidade por SIDA e considerando que o conhecimento das causas de morte oferece

orientação para as medidas preventivas adequadas e específicas de Saúde Pública, foi traçado um perfil epidemiológico dos pacientes que foram à óbito, nos anos de 2001/2002, no Hospital Nereu Ramos (HNR), em Florianópolis, centro de referência no manejo de pacientes com SIDA do Estado.

Em vinte anos de epidemia, mais de 60 milhões de pessoas foram infectadas com o vírus do HIV⁴, sendo que no ano de 2002 foram mais de três milhões de óbitos causados pela SIDA e uma estimativa de cinco milhões de novos casos de infecção pelo HIV, o que eleva a quarenta e dois milhões de pessoas que vivem com o vírus em todo mundo.⁷

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo principal

Obter uma caracterização epidemiológica da mortalidade por SIDA no HNR nos anos de 2001/2002, a partir da análise dos seguintes descritores epidemiológicos: faixa etária; sexo; raça/cor; estado civil; escolaridade e categoria de exposição (usuário de drogas injetáveis, heterossexual, homossexual, bissexual e recebimento de sangue e/ou hemoderivados) contidos no banco de dados do HNR.

2.2 Objetivos específicos

- analisar as causas associadas à mortalidade dos pacientes infectados pelo HIV que tiveram como causa básica e/ou associada de óbito a SIDA no HNR nos anos de 2001/2002;
- determinar a razão de masculinidade (relação homem/mulher);
- verificar se todos os óbitos ocorridos no HNR que tiveram a SIDA como causa básica e/ou associada de morte preenchiam os Critérios de Definição de Caso de SIDA para indivíduos com 13 anos de idade ou mais, para fins de Vigilância Epidemiológica (de acordo com a revisão feita pelo Ministério da Saúde e publicada em novembro de 1997);¹⁵
- verificar se foi a primeira internação por SIDA que resultou no óbito (primeira doença oportunista em que foi feito o diagnóstico) e associa-la à variável sexo e categoria de exposição;
- analisar a contagem de células do sistema imunológicos: os linfócitos T_{CD4} (CD₄);
- correlacionar a contagem das células CD₄ com sexo e causas associadas ao óbito.

3 MÉTODO

3.1 Delineamento do estudo

O estudo foi delineado como transversal, descritivo e retrospectivo. Analisa-se assim, os óbitos ocorridos no HNR em que a SIDA foi considerada causa básica e/ou associada de óbito, nos anos de 2001/2002.

3.2 População de estudo

A população estudada inclui 169 pacientes que foram a óbito no HNR e que tiveram como causa básica e/ou associada de óbito a SIDA nos anos de 2001/2002.

3.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do HNR, através da análise das estatísticas de óbito por SIDA ocorridos nos anos de 2001/2002. A coleta se fez por meio da análise dos dados contidos no banco de dados do próprio hospital referentes aos óbitos que tiveram como causa básica e/ou associada à morte a SIDA e quando necessário pela análise dos prontuários e/ou atestados de óbito .

Foram encontradas 169 referências de óbitos por SIDA nos anos de 2001/2002. Dessas foram excluídos 8 óbitos dos quais não havia registro no banco de dados e que não foram encontrados os referidos prontuários.

3.4 Análise dos dados

Foram selecionadas as seguintes variáveis para o estudo:

- sexo ;
- faixa etária agrupada da seguinte forma: 13 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos, 40 a 49 anos, 50 a 59 anos, 60 a 69 anos e maiores de 70 anos;
- cor/raça (branca, negra e outras);
- estado civil: classificado como solteiro, casado, viúvo, separado, união consensual e ignorada;
- escolaridade: agrupada em anos estudados: nenhum, de 1 a 3 anos, de 4 a 7 anos, de 8 a 11 anos e 12 ou mais anos estudados;
- categoria de exposição: agrupada em heterossexual, homossexual, bissexual, usuário de drogas injetáveis (UDI), contato com sangue e hemoderivados (incluídos nessa categoria de exposição as transfusões e os acidentes de trabalho com materiais perfuro-cortantes) e não especificados;
- critérios de definição de SIDA no momento de óbito segundo Os Critérios de Definição de Caso de SIDA em indivíduos com 13 anos de idade ou mais, para fins de vigilância epidemiológica (de acordo com a revisão feita pelo Ministério da Saúde e publicada em novembro de 1997);¹⁵
- primeira internação que resultou no óbito;
- contagem de células CD₄ : analisadas até os 6 meses que precederam a última internação, sendo que a contagem do número de células foi agrupada da seguinte forma: 0 a 100 células, de 101 a 200 células, de 201 a 350 células, de 350 a 500 células e superiores a 501 células, (foram excluídos os registros cujo tempo foi superior ao proposto);
- causas básicas e associadas desencadeantes dos óbitos.

4 RESULTADOS

Foram analisados 161 óbitos no HNR, dos quais 123 pacientes eram do sexo masculino e 38 do sexo feminino e uma razão homem/mulher de 3,2:1.

Em relação a faixa etária, a idade dos pacientes estudados variou entre 22 e 64 anos (idade mínima de 22 anos em ambos os sexos e idade máxima de 60 anos no sexo feminino e de 64 anos no masculino). Não foi verificado nenhum óbito de paciente com idade superior a 70 anos ou inferior a 20 anos. A idade média dos pacientes foi de $36,7 \pm 8,1$ anos, sendo a idade média do sexo feminino de $34,5 \pm 7,5$ anos e a do sexo masculino de $37,3 \pm 8,2$ anos. A distribuição das faixas etárias/sexo segue o disposto na Tabela 1.

TABELA 1 - Distribuição dos óbitos por SIDA, no HNR, segundo sexo e faixa etária.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
20 - 29 anos	20 (16,3%)	12 (31,6%)	32 (19,9%)
30 - 39 anos	63 (51,2%)	17 (44,7%)	80 (49,7%)
40 - 49 anos	30 (24,4%)	7 (18,5%)	37 (23%)
50 - 59 anos	7 (5,7%)	1 (2,6%)	8 (4,9%)
60 - 69 anos	3 (2,4%)	1 (2,6%)	4 (2,5%)
Total	123 (76,4%)	38 (23,6%)	161 (100%)

No que se refere a variável raça/cor, foram encontrados um total de 135 indivíduos da raça branca, 19 da raça preta, 1 classificado como pardo e um total de 6 indivíduos com esse critério ignorado (ver Tabela 2).

TABELA 2 - Distribuição dos óbitos por SIDA, no HNR, segundo cor/raça e sexo.

Cor/raça	Masculino	Feminino	Total
Branca	104 (84,5%)	31 (81,6%)	135 (83,9%)
Preta	13 (10,6%)	6 (15,8%)	19 (11,8%)
Parda	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (0,62%)
Ignorada	5 (4,1%)	1 (2,6%)	6 (3,7%)
Total	123 (76,4%)	38 (23,6%)	161 (100%)

Quanto ao estado civil, encontrou-se um total de 73 indivíduos casados, 15 em união consensual, 15 separados, 15 viúvos e 7 indivíduos com esse critério ignorado. A distribuição segundo o estado civil segue o disposto na Tabela 3.

TABELA 3 - Distribuição dos óbitos por SIDA no HNR, segundo sexo e estado civil.

Estado civil	Masculino	Feminino	Total
Solteiro	61 (49,6%)	12 (31,6%)	73 (45,4%)
Casado	25 (20,3%)	11 (29%)	36 (22,4%)
Separado	14 (11,4%)	01 (2,7%)	15 (9,3%)
União consensual	13 (10,5%)	02 (5,2%)	15 (9,3%)
Viúvo	05 (4,1%)	10 (26,3%)	15 (9,3%)
Ignorado	05 (4,1%)	02 (5,2%)	07 (4,3%)
Total	123 (76,4%)	38 (23,6%)	161 (100%)

Os resultados referentes ao grau de escolaridade dos pacientes que foram a óbito encontram-se na Tabela 4.

TABELA 4 - Distribuição dos óbitos por SIDA, no HNR, segundo sexo e escolaridade (em anos de estudo).

Escolaridade	Masculino	Feminino	Total
Nenhum	5 (4%)	6 (16%)	11 (6,8%)
1 – 3 anos	45 (36,6%)	5 (13,1%)	50 (31,1%)
4 – 7 anos	37 (30,1%)	16 (42,1%)	53 (33%)
8 – 11 anos	24 (19,5%)	9 (23,6%)	33 (20,5%)
>12 anos	6 (4,9%)	1 (2,6%)	7 (4,3%)
ignorada	6 (4,9%)	1 (2,6%)	7 (4,3%)
Total	123 (76,4%)	38 (23,6%)	161 (100%)

Na análise da categoria de exposição observou-se que 29,8% dos indivíduos contraíram o vírus por relação sexual, 40,4% pelo uso de drogas injetáveis, 0,6% por transfusão sanguínea, sendo que em 29,2% dos casos a categoria de exposição não estava especificada. Os resultados referentes à categoria de exposição encontram-se na Tabela 5.

TABELA 5 - Distribuição dos óbitos por SIDA, no HNR, segundo sexo e categoria de exposição.

Categoria de exposição	Masculino	Feminino	Total
Relação Heterossexual	24 (19,6%)	20 (53%)	44(27,3%)
Relação homossexual	3 (2,4%)	0 (0%)	3(1,9%)
Relação bissexual	1 (0,8%)	0 (0%)	1(0,6%)
UDI	57 (46,3%)	8 (21%)	65(40,4%)
Exposição a sangue e hemoderivados	1 (0,8%)	0 (0%)	1(0,6%)
Não especificado	37 (30,1%)	10 (26%)	47(29,2%)
Total	123 (76,4%)	38 (23,6%)	161(100%)

Dos 161 óbitos analisados observou-se que 158 óbitos preenchiam os Critérios de Definição de Caso de SIDA para indivíduos com 13 anos de idade ou mais, correspondendo a um total de 98.1% dos óbitos, sendo que os 1.9% restantes não preencheram os critérios. Esses correspondiam a pacientes infectados pelo HIV.

Em relação ao diagnóstico da SIDA, 34 pacientes (21.1%) tiveram o diagnóstico na primeira internação por doença oportunista abrindo o quadro clínico que resultou no óbito, sendo que desses, na categoria de exposição heterossexual houve 1 mulher e 9 homens; na exposição

homossexual houve 1 homem; UDIs foram 9 homens; e respondendo pela transfusão sanguínea foi encontrado 1 óbito masculino e ignorados foram 13 óbitos (9 homens e 4 mulheres).

Os resultados referentes a contagem de células CD4 encontram-se na Tabela 6.

TABELA 6 - Contagem de Células CD4 nos 6 meses que precederam a última internação em que ocorreu o óbito por SIDA, no HNR, segundo sexo.

Células CD4	Masculino	Feminino	Total
1 – 100	41 (69,5%)	13 (72,2%)	54 (70,1%)
101 - 200	12 (20,3%)	3 (16,7%)	15 (19,5%)
201 - 350	4 (6,8%)	2 (11,1%)	6 (7,8%)
351 - 500	2 (3,4%)	0 (0%)	2 (2,6%)
Total	59 (76,6%)	18 (23,4%)	77 (100%)

As causas básicas desencadeantes do óbito estão dispostas na Tabela 7.

TABELA 7 - Distribuição dos óbitos ocorridos no HNR segundo causa básica de morte nos anos de 2001/2002.

Diagnóstico principal	Total de óbitos
Carcinoma	1
Cirrose alcoólica	1
Encefalopatia hepática	1
Hepatite por outras causas	2
Hepatite C	2
Insuficiência cardíaca congestiva	1
Insuficiência hepática	1
Insuficiência respiratória	1
Sepse	1
SIDA	150
Total	161

Os resultados referentes as causas de morte associadas encontram-se na Tabela 8

TABELA 8 - Distribuição das causas associadas de morte, segundo sexo, ocorridas no HNR nos anos de 2001/2002.

Causas associadas de morte	Masculino	Feminino	Total
Tuberculose *	26 (21,1%)	9 (23,7%)	35 (21,7%)
Neurocriptococose	15 (12,2%)	5 (13%)	20- (12,4%)
Toxoplasmose do SNC**	13 (10,7%)	6 (15,8%)	19 (11,8%)
Pneumocistose ***	15 (12,2%)	3 (7,9%)	18 (11,2%)
Pneumonia bacteriana	13 (10,7%)	4 (10,5%)	17 (10,5%)
Diarréia	9 (7,3%)	1 (2,6%)	10 (6,2%)
SIDA	7 (5,6%)	1 (2,6%)	8 (5%)
Encefalite e meningoencefalite	4 (3,2%)	2 (5,3%)	6 (3,8%)
Infecção pelo HIV	3 (2,4%)	0	3 (1,9%)
LMP****	2 (1,6%)	1 (2,6%)	3 (1,9%)
Pneumonia intersticial	1 (0,8%)	2 (5,3%)	3 (1,9%)
Linfoma	2 (1,6%)	0	2 (1,2%)
Sarcoma de Kaposi	2 (1,6%)	0	2 (1,2%)
Outras	11 (9%)	4 (10,5%)	15 (9,3%)
Total	123 (76,4%)	38 (23,6%)	161 (100%)

*Tuberculose pulmonar (17,4%)/ Tuberculose extra pulmonar (3,1%)/ Tuberculose disseminada (1,2%)

**Sistema nervoso central

*** por *Pneumocystis carinii*

**** Leucoencefalopatia multifocal progressiva

Os resultados referentes a correlação entre causas associadas ao óbito, CD₄ e sexo encontram-se nas Tabelas:9,10 e 11.

TABELA 9 - Causas associadas de morte segundo sexo e CD₄ entre 1 a 100 células por mm³.

Causas associadas	Masculino	Feminino	Total
Diarréia	4	0	4
Encefalite e meningoencefalite	1	0	1
LMP*	2	0	2
Neurocriptococose	3	2	5
Outras	4	2	6
Pneumocistose**	7	0	7
Pneumonia	4	2	6
Pneumonia intersticial	1	1	2
SIDA	2	1	3
Toxoplasmose do SNC***	6	2	8
Tuberculose disseminada	0	1	1
Tuberculose extrapulmonar	2	0	2
Tuberculose pulmonar	5	2	7
Total	41	13	54

* Leucoencefalopatia multifocal progressiva

** por *Pneumocystis carinii*

*** Sistema nervoso central

TABELA 10 - Causas associadas de morte segundo sexo e CD₄ entre 100 a 200 células por mm³.

Causas associadas	Masculino	Feminino	Total
Linfoma	2	0	2
Neurocriptococose	1	0	1
Outras	2	0	2
Pneumocistose*	0	1	1
SIDA	2	0	2
Toxoplasmose do SNC**	3	1	4
Tuberculose pulmonar	2	1	3
Total	12	3	15

* por *Pneumocystis carinii*

** Sistema nervoso central

TABELA 11 - Causas associadas de morte segundo sexo e CD₄ entre 200 a 350 células por mm³.

Causas associadas	Masculino	Feminino	Total
Neurocriptococose	1	1	2
Pneumocistose*	1	0	1
Pneumonia	1	0	1
SIDA	1	0	1
Tuberculose pulmonar	0	1	1
Total	4	2	6

* por *Pneumocystis carinii*

Em relação ao CD₄ entre 351 a 500 células, foram encontrados dois pacientes do sexo masculino, sendo que um teve a toxoplasmose do SNC como causa associada ao óbito e o outro a tuberculose pulmonar.

5 DISCUSSÃO

As disposições para a identificação da SIDA como causa básica de morte vêm sofrendo modificações desde sua descrição no início da década de oitenta.¹⁶⁻¹⁸ Quando o agente etiológico não era ainda conhecido e a patogenia da doença pouco clara, as doenças que agora participam do complexo da síndrome, dentre as quais as infecções oportunistas, poderiam ser apontadas ao invés da SIDA. Com o advento da CID-10, disposições que incorporam o conhecimento atualizado de sua etiopatogenia foram introduzidas para identificação da SIDA como causa básica, com maior consistência e propriedade.^{17,19}

A história natural da infecção e da doença pelo HIV pode ser parcialmente recuperada com o uso de causa múltiplas de morte. O conhecimento de toda a amplitude de causas de morte oferece orientação adicional para medidas preventivas adequadas e específicas.²⁰

Para realização deste estudo foram revisadas 161 histórias da última internação dos pacientes que foram a óbito e que tiveram a SIDA como causa básica e/ou associada de óbito mencionada no banco de dados ou nas estatísticas do HNR. Em 150 óbitos constatou-se que a SIDA foi a causa básica desencadeadora dos eventos patológicos que culminaram com o óbito e associada a causa de morte em outros 8. Todos esses 158 pacientes (98.1% dos óbitos) preencheram os critérios de definição de SIDA. Nos outros 3 óbitos, pela revisão de prontuário, constatou-se que os pacientes tinham infecção pelo HIV confirmada mas não preenchiam os critérios de definição da doença, sendo que em dois desses casos de óbito a SIDA foi considerada como causa básica desencadeadora da morte pelos médicos que preencheram os respectivos atestados de óbito.

Em relação as causas associadas ao óbito por SIDA, Santo²⁰ em seu estudo revelou que as principais causas eram, por ordem, a insuficiência respiratória, pneumonias, tuberculose, septicemias, toxoplasmose, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e caquexia.

Neste estudo constatou-se um total de 17,4% dos pacientes acometidos pela tuberculose pulmonar, 12,4% pela neurocriptococose, 11,8% pela toxoplasmose do SNC, 11,2% pela

pneumocistose pelo *Pneumocysti carinii*, 10,5% por pneumonias bacterianas, 6,2% com diarreia e 4,9% dos pacientes tiveram SIDA como causa associada à morte.

Segundo revisão feita por Menegotto,²¹ essas doenças estão associadas às formas severas de depleção de células CD₄ (valores inferiores de 200 células/mm³). Isso foi confirmado por este estudo ao se correlacionar a contagem de células CD₄ com as causas associadas de óbito (ver Tabelas 9, 10 e 11).

Chaisson,²² relatou ser essa contagem de células um importante preditor da sobrevivência dos pacientes com SIDA, relacionando um risco aumentado de morte nos pacientes com contagem inferior a 200 células/mm³.

Neste estudo encontrou-se um número significativo de pacientes que foram a óbito sem registro de células CD₄ até os 6 meses que antecederam a última internação, em um total de 86 óbitos (53,4%). Dentre os que possuíam a contagem observou-se 31,6% (do total) ou 68% dos registrados com CD₄ menor que 100 células/mm³, refletindo um estado de imunossupressão severo e uma maior suscetibilidade às doenças oportunistas.

No que se refere a idade, a SIDA passou a ser uma das principais causas de morte na faixa etária de 20 a 49 anos.²³ Nessa faixa se concentra a população com maior atividade sexual, uso de drogas injetáveis e onde se encontra a maior parte da população economicamente ativa. O impacto da mortalidade por SIDA no adulto jovem pode ser traduzido pela idade média de morte observada.¹⁹ Thuler, 1998 observou uma idade média de óbito de 36,9 anos.²⁴

Os resultados deste nos mostram a faixa etária dos 30 a 39 anos como a mais acometida pela SIDA correspondendo a 49,7 % dos casos (80 pacientes). A faixa dos 40 a 49 anos apareceu com 23% dos casos (37 pacientes). Ambas as faixas etárias agrupam 73% do total (117 pacientes). Sendo a idade média de óbito de $36,7 \pm 8,1$ anos.

A idade média para o sexo masculino foi de $37,3 \pm 8,2$ anos e para o sexo feminino foi de $34,5 \pm 7,5$ anos. Esses resultados revelam uma tendência de idade média mais baixa em relação a outros estudos realizados.^{20,25}

Um aspecto observado nos estudos sobre a epidemia da SIDA é a razão de masculinidade. Cohn A.²⁶ afirmou que a SIDA é ainda uma doença essencialmente masculina, penalizando mais homens que mulheres. Todavia, a literatura relatou, um crescente aumento da SIDA em mulheres, diminuindo a razão de masculinidade.^{26,27}

A partir dos resultados apresentados no capítulo, anterior observou-se que a distribuição dos óbitos por SIDA segundo sexo apresenta uma proporção de 76,4 % de homens e 23,6% de mulheres, determinando uma razão homem/mulher de 3,2:1, relativamente mais alta do que foi observado em outros estudos.^{20,24}

Em relação ao estado civil dos pacientes analisados, entre os homens o grupo solteiro foi o predominante com 49,6%; entre as mulheres o grupo casadas/união consensual teve 34,2% do total e o solteiras 31,5%. Observou-se no total de homens e mulheres 45,3% de solteiros e de 31,7 % de casados/união consensual, um valor alto quando comparado ao estudo realizado por Thuler.²⁴

Em relação a cor/raça, diferenças raciais têm sido investigadas, mas, embora muitos estudos tenham evidenciado desigualdades acentuadas de prevalência da doença e da infecção pelo HIV em grupos raciais diversos, até hoje nada se pode afirmar sobre uma suposta suscetibilidade racial. Ao contrário, sugere-se diferenças decorrentes das chances desiguais de exposição à infecção, creditadas ao estilo de vida moldado por fatores socioeconômicos.²⁸

Em acordo com Thuler,²⁴ a raça branca foi a predominante no estudo, correspondendo a 83,8% do total de óbitos. Esses dados diferem do estudo realizado por Chaisson²² em que a raça negra representou 77% dos indivíduos com SIDA.

Ainda que com restrições, utiliza-se a escolaridade como variável de situação sócio econômica e o fenômeno de pauperização tem sido caracterizado pelo aumento da proporção de casos de SIDA em indivíduos com baixa escolaridade. Houve expressiva mudança no perfil da escolaridade dos casos notificados entre adultos e adolescentes. A totalidade dos casos de SIDA, com escolaridade conhecida, diagnosticados até 1982, apresentavam nível superior ou médio; já em 1985, o percentual deste grupo alcançou 76%, enquanto apenas 24% dos casos eram analfabetos ou cursaram os primeiros quatro anos do ensino fundamental. Nos anos seguintes houve tendência progressiva de aumento no registro de casos em indivíduos com menor grau de escolaridade, observando-se que em 1999/2000, entre os casos com escolaridade informada, 74% eram analfabetos ou haviam completado o ensino fundamental, e apenas 26% apresentavam mais de 11 anos de escolaridade ou curso superior.⁶

Neste estudo, incluindo os casos em que não há registro da escolaridade, os resultados mostram que a categoria de 4 –7 anos de estudos (32,9%) juntamente com analfabetos (6,8%) e a

de 1 – 3 anos de estudos (31%) somam um total de 70,7% dos óbitos. O percentual de indivíduos que foram a óbito com mais de 12 anos de estudos corresponde a apenas 4,3%. Esses resultados corroboram com os apresentados por Brito.⁶

Em relação as categorias de exposição ao vírus, elas foram agrupadas em: transmissão sexual (homossexual, heterossexual e bissexual); transfusão de sangue e hemoderivados (incluídos os acidentes de trabalho em que há o risco de infecção – profissionais da área de saúde); uso de drogas injetáveis e os casos não-especificados. Não sendo verificado óbito na categoria de transmissão vertical. A literatura mostra um importante índice da transmissão heterossexual em países em desenvolvimento, enquanto a homossexual e bissexual são destaques em países desenvolvidos.⁷

O segmento populacional constituído dos homens que fazem sexo com outros homens (homossexual e bissexual) era o mais atingido quando a epidemia surgiu no fim da década de 70 e início da de 80. Em 1984, 71% dos casos notificados eram referentes a homossexuais e bissexuais masculinos.⁶ A transmissão sexual no Brasil constitui a principal forma de disseminação da SIDA, com 53,8% do total de casos desde o início da epidemia. Destes 25.6% eram referidos como heterossexuais, 18,1% eram homossexuais e, 10,1% eram bissexuais.^{10,29} Existia uma predominância da disseminação homossexual no início, o que se alterou nos últimos anos para a heterossexual.¹⁰

Szwarcwald¹¹ ponderou duas observações quanto a questão da magnitude da transmissão heterossexual. A primeira advertiu para os riscos da extrapolação desavisada do aumento do número de casos da doença em mulheres para um incremento similar da transmissão heterossexual, neste caso é necessário atentar para o número relevante de mulheres usuárias de drogas injetáveis. A segunda aponta para a similaridade de diversas características clínicas e sócio-demográficas entre homens incluídos na categoria exposição homossexual e bissexual, indicando talvez um ocultamento de práticas sociais socialmente estigmatizadas, e, com isso, uma superestimação de casos que tem como categoria de exposição à transmissão heterossexual.

Em nosso estudo transmissão sexual do HIV representou 29,8% dos óbitos. A categoria heterossexual representou 27,3% com 12,4% dos óbitos referentes ao sexo feminino. Os casos de infecção pela via homossexual/bissexual respondem por apenas 2,5% dos óbitos.

Quanto à categoria de transmissão sanguínea, observaram-se alterações relevantes, principalmente em hemofílicos e em indivíduos que receberam transfusão de sangue. Segmentos populacionais intensamente atingidos no início da epidemia apresentaram importante declínio ao longo do tempo. Essa queda explica-se pelo controle do sangue e hemoderivados, principalmente com a disponibilidade dos testes laboratoriais para detecção de anticorpos anti-HIV, a partir de 1986. Em 1984, essas subcategorias representaram 62% dos casos da categoria de exposição sanguínea e, em 1999/2000, representaram apenas 0,9%.³⁰

Enquanto isso, o segmento de usuários de drogas injetáveis (UDI) que desde meados dos anos 80, passou a ocupar posição de destaque entre os casos por transmissão sanguínea, mantém-se em expansão em determinadas áreas geográficas. Em 1984, 37% dos casos por transmissão sanguínea eram atribuídas ao compartilhamento de agulhas e seringas, entre UDI. Essa subcategoria já representa 99% dos casos de AIDS por transmissão sanguínea.³⁰

Em nossa análise foi observado, em relação à categoria de exposição sanguínea, que 0,6% (apenas um caso) foi decorrente de transfusão sanguínea e 40,4% na categoria UDI, sendo que o sexo masculino responde por 35,4% desses casos. Os dados encontrados estão de acordo com a literatura que relata em Santa Catarina um predomínio da categoria de exposição UDI.^{31,32}

Não encontrou-se referência a categoria de exposição em 29,2% dos óbitos.

Em relação a primeira internação por SIDA, um total de 21,1% dos pacientes que foram a óbito tiveram o diagnóstico no momento da primeira internação, sendo que desses 82,3% eram do sexo masculino.

6 CONCLUSÕES

1. O perfil epidemiológico dos pacientes que foram a óbito no HNR e que tinham a SIDA como causa básica e/ou associada de óbito foi o de homens brancos (razão de masculinidade de 3,2:1), jovens, na faixa etária de 30 a 39 anos, solteiros, com escolaridade de até 7 anos de estudos.
2. A categoria de exposição predominante ao HIV foi o uso de drogas injetáveis.
3. O percentual de 89,6% dos pacientes apresentavam, no momento do óbito, uma imunossupressão severa com uma contagem de CD₄ inferior a 100 células/mm³.
4. A principal causa associada de morte por SIDA foi a tuberculose pulmonar.
5. Dos pacientes que faleceram tendo como causa básica e/ou associada de óbito a SIDA, 98,1% (158 pacientes) preencheram os critérios de definição da doença.
6. Três pacientes (1,9%) tinham infecção pelo HIV e não fechavam os critérios definidores de SIDA.
7. Em relação ao diagnóstico da doença/infecção 21,1% (34 pacientes) tiveram o diagnóstico durante a internação em que ocorreu o óbito, sendo que desses, 29 pacientes (82,3%) eram do sexo masculino.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nadler J. Etiopatogenia. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 1996.p.83-6.
2. Curran JW. Epidemiologia da infecção por HIV e AIDS/SIDA. In: Benett JC, Plum F. Cecil: Tratado de medicina interna. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1997.p.2037- 47.
3. Gottlieb, MS, et al. Pneumocystis pneumonia: Los Angeles. Morb. Mort. Wkly Rep., 30:250-2,1981.
4. Adler, M W. ABC of Aids: development of epidemic. BMJ, v. 322. mai 2001. p.1226-1229.
5. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico -AIDS. 1998, 12 (1).
6. Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 34 (2):212-213, mar-abr, 2000.
7. UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) – WHO (World Health Organization.:AIDS epidemic update dezembro 2002.http://www.UnAIDS.worldAIDSday_2002/Epiupdate2002/Epiupdate2002_en.pdf (capturado em janeiro de 2003).
8. Castilho EA, Chequer P, Szwarcwald CL. A AIDS no Brasil. In: Rouquayrol E, Almeida N (eds) Epidemiologia. Saúde. Editora Médica e Científica, Rio de Janeiro, 1999.
9. Dias PRTP, Nobre FF. Análise dos padrões de difusão espacial dos casos de AIDS por estados brasileiros. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro (5): 1175-1187, set-out, 2001.

10. Ministério da Saúde. Dhalia C, Barreira D, Castilho EA. A AIDS no Brasil: situação atual e tendências. Boletim epidemiológico – AIDS XIII (1): 3-13, 2000.
11. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CP. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(sup. 1): 7-19, 2000.
12. Ministério da Saúde (Programa Nacional de DST/AIDS). Fonseca MGP, Barreira D., A evolução da mortalidade por AIDS no País, segundo sua distribuição geográfica. Boletim epidemiológico-AIDS XIII (3), 2000. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/sitebol/>> (capturado em março de 2002).
13. Ministério da Saúde do Brasil (Programa Nacional DST/AIDS). Boletim epidemiológico – AIDS, 1997; 10 (1).
14. Peixoto HCG, Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (Gerência de DST/AIDS). Análise da Mortalidade em Santa Catarina, 2000. Florianópolis, 2000. Disponível em <http://www.saude.sc.gov.br/sala_de_leitura/artigos/Mortalidade/Mortalidade2000SC.doc>. Capturado em outubro de 2002.
15. Ministério da Saúde. Revisão da definição nacional de caso de aids em indivíduos com 13anos de idade ou mais, para fins de vigilância epidemiológica. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br>> (capturado em outubro de 2002)
16. Chu Sy, Bueher JW, Lieb L, Beckett G, Conti L, Costa S et al. Causes of death among persons reported with AIDS. Am J Public Health 1993;83: 1429-32.
17. Santo AH. Equivalência entre revisões da classificação internacional de doenças: causas de morte. Revista Saúde Pública 2000;34:21-8.
18. Selik RM, Karon JM, Ward JW. Effect of the human immunodeficiency virus epidemic on mortality from opportunistic infections in the United States in 1993. J Infect Dis 1997; 176:632-6.
19. Organização Mundial da Saúde. Centro colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde; 10ª revisão. São Paulo:EDUSP; 1994. v 2. (manual de instrução).

20. Santo AH, Pinheiro CE, Jordani MS. Causas básicas e associadas de morte por Aids, Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Revista Saúde Pública* 2000; 34(6): 581 – 8.
21. Menegotto VM, Causas de internações de infectados pelo vírus HIV no Hospital Nereu Ramos em 1997. Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina no Curso de Graduação em Medicina.
22. Chaisson RE, Keruly JC, Moore RD. Race, sex, drug use, and progression of Human Immunodeficiency Virus disease. *N Engl J Med* 1995;333(12).
23. Bastos FI, Telles, Castilho E, Barcellos C. A Epidemia de AIDS no Brasil. In: Minayo MCS. Os muitos Brasis – saúde e população na década de 80. São Paulo, Hucitec – Abrasco, 245 – 68, 1995.
24. Thuler LCS, Hatherly AL, Góes PN, Silva JRA. Infecção pelo HIV: descritores de mortalidade em pacientes hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32 (6): 572-8, 1998.
25. Lemos KRV, Valente JG. Mortalidade por AIDS no Estado do Rio de Janeiro – 1991-1995. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(4): 957 – 968, Jul – ago, 2001.
26. Cohn A Considerações acerca da dimensão social da epidemia de AIDS no Brasil. Publicado em 1997. Disponível em : <<http://www.aids.gov.br/udtv/doc05.htm>> (capturado em 23/11/01).
27. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: AIDS. Tabela 3: distribuição dos casos de AIDS segundo o ano do diagnóstico, faixa etária e razão de sexo. Brasil, 1980 – 2000: Brasília: N° 1. dez. 1999/jun2000.p.28.
28. Guerra MAT, Veras MASM, Ribeiro AF. Epidemiologia. In: Veronesi R, Focaccia R. Tratado de infectologia. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 1996.p.88-98.
29. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico: AIDS. Tabela 8: distribuição dos casos entre Indivíduos com 13 anos de idade ou mais, e ambos os sexos, segundo período de diagnóstico e categoria de exposição: Brasil, 1980 – 2000. Brasília: N° 1. dez 1999/junh2000.p.34.
30. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico – AIDS XII(1): 15-56. SE 48/98 a 22/00. 2000.
31. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico 1998; 11(2).

32. Secretaria do Estado de Santa Catarina (Gerência de DST/AIDS, Programa Estadual de DST/AIDS). Distribuição de casos de AIDS por ano de diagnóstico e coeficiente de incidência por 100.000 habitantes em Santa Catarina 1998.

100
UFSC
CM
0493

Ex.1

100 UFSC CM 0493

Autor: Santos, Roseli

Título: Perfil epidemiológico dos pacien



972812530

Ac. 253642

Ex.1 UFSC BSCCSM

100 UFSC CM 0493